

Membrán okozta duodenumstenosis

Rudas Gábor, Sekyra Pavel, Pumberger Wolfgang,
Povysil Brigitta

BEVEZETÉS – A duodenum stenosis viszonylag ritka fejlődési rendellenesség, amely komplett vagy inkomplett lehet. Ez utóbbi esetében a lument elzáró vékony membránszerű képleten perforációs nyílás található, amely elhúzódo passzázst tesz lehetővé. Klinikailag a hányás a vezető tünet.

ESETISMERTETÉS – A háromnapos újszülött hányás miatt került kivizsgálásra. A natív röntgenfelvétel és a hasi ultrahangvizsgálat nem volt kórjelző, a duodenum szűkületét okozó membránt a gyomor-bél passzázs vizsgálatával sikerült kimutatni. Az akadályt műtéttel eltávolították.

KÖVETKEZTETÉS – A diagnózis felállításához a natív röntgenfelvétel és az ultrahangvizsgálat nem mindig elegendő, a gyomor-bél passzázs vizsgálata azonban kórjelző.

újszülöttkor, stenosis duodeni,
duodenummembrán, duodenumatresia

Duodenum obstruction caused by duodenal diaphragm

INTRODUCTION – Duodenum obstruction is a rare gastrointestinal developmental anomaly. It may be complete or incomplete. The incomplete or intrinsic form is often caused by an intraluminal membrane or web duodenal stenosis. The passage is existed with the help of a small perforated lake. Clinically the leading sign is the vomiting.

CASE REPORT – A three days old baby admitted because of vomiting. Abdominal X-Ray and US could not found any reason of vomiting but the gastrointestinal contrast series had diagnostic value. Surgery proved the radiological diagnosis.

CONCLUSION – For the diagnosis the conventional X-Ray and ultrasound is not sufficient in every case, the gold standard is the gastrointestinal contrast examination.

neonatal age, duodenal stenosis,
duodenal membrane, duodenal atresia

DR. RUDAS GÁBOR (levelező szerző/correspondent), DR. SEKYRA PAVEL, DR. PUMBERGER WOLFGANG, DR. POVYSIL BRIGITTA:
Landeskinderklinik, A-4020 Linz, Krankenhaus str. 26. E-mail: Gabor.Rudas@gespag.at

A duodenumstenosis viszonylag ritka fejlődési rendellenesség. Létrejöttének mechanizmusát *William E. Ladd*, a gyermeksebészett vezető személyisége írta le¹.

A fejlődési rendellenesség egyik formájában a bél lumenét egy membránszerű képlet zárja el. Inkomplett elzáródás esetén a perforált membránon keresztül elhúzódo passzázs lehetséges. A stenosis diagnosztizálása, különösen újszülöttkorban nehezebb, mint az atresiaé.

ESETISMERTETÉS

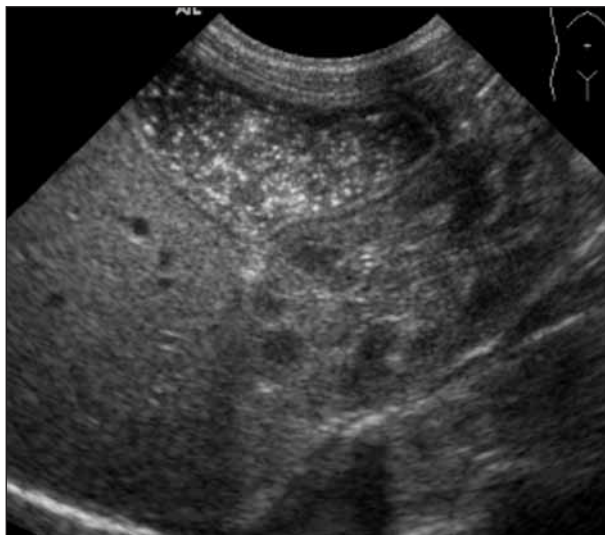
A háromnapos, érett, leány újszülött 3400 grammal született, második terhességből. Praenatalis anamnézise negatív volt. Már az első naptól szopott.

A második életnaptól epés hányás kezdődött. Fizikálisan státusa ekkor is negatív volt. A felvetődő gastroenteralis betegségek, illetve fejlődési rendellenesség vizsgálatára a harmadik életnapon natív függesztett hasi-mellkasi felvétel készült (1. ábra).

Hasi ultrahangvizsgálattal (2. ábra) normális nagyságú gyomor, szabályos pylorus, normális nagyságú máj ábrázolódott, ép szerkezettel. Szabályos intra- és extrahepaticus epeutak és epehólyag, valamint ép pancreas, lép, szabályos retroperitoneum, illetve kismedence volt látható. Szabad folyadék nem volt a hasban. A vesék kóros eltérést nem mutattak.

Az esetleges intracranialis eltérések kimutatására koponya-ultrahangvizsgálatra került sor, negatív eredménnyel.

Mivel az újszülött továbbra is többször hányt, a negyedik napon megvizsgáltuk a gyomor-bél paszszázst. A vizsgálat során szabályos oesophagus és His-szög, normális nagyságú gyomor ép nyálkahártyával, szabályos pylorus és bulbus ábrázolódott, de a leszálló duodenum első és középső harmadának határán árnyékkiesést lehetett látni (3. ábra). A



2. ábra. Hasi ultrahangvizsgálat. Intra-peritonealis fejlődési rendellenességre, pylorusstenosisra, illetve vesebetegségre utaló jel nincs



1. ábra. Natív függesztett hasi-mellkasi felvétel.

A hasban szabályos bélgázeloszlás, nívó, megnyúlt bélkacs, szabad levegő nem látható. A mellkasban normális nagyságú szív, normális pulmonalis érrajzolat volt, infiltrátum vagy pleuralis folyadék nem ábrázolódott

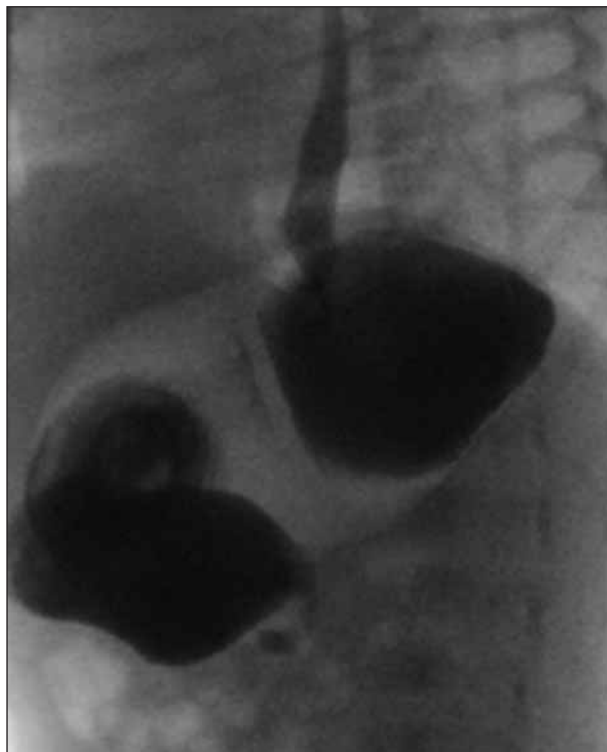
továbbiakban a passzázsvizsgálat nem mutatott más kóros eltérést (4. ábra).

A látott kép alapján stenosis duodeni diagnózisát állapítottuk meg. Műtetre került sor. A pars descendens duodenumban membránt találtak, amelynek közepén „iris jellegű”, mintegy 2 mm átmérőjű fenestratio volt.

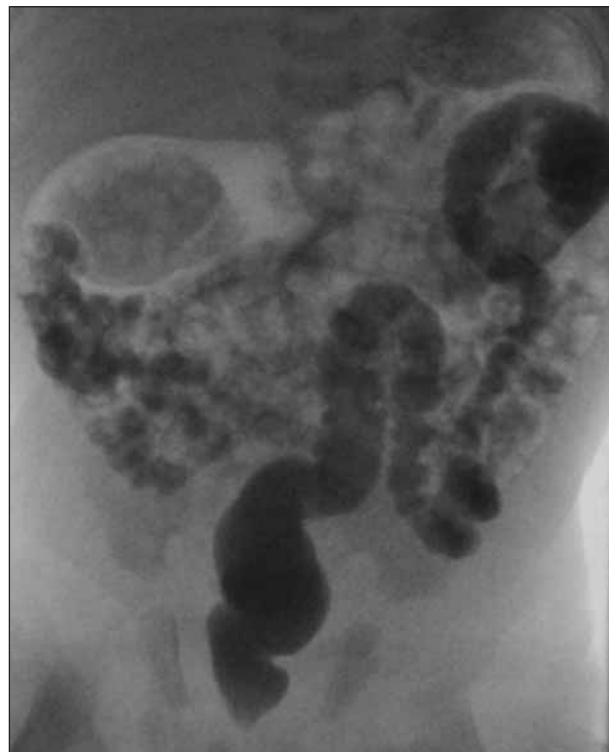
MEGBESZÉLÉS

William E. Ladd a duodenum szűkületeit intrinsic és extrinsic formára osztotta¹. Az *intrinsic* forma egy, a korai embrionális életben kialakult fejlődési rendellenesség: a béltraktus kezdetben egy lumen nélküli, szolid, szalagszerű formáció, amelynek centrumában egy epitheliumhenger helyezkedik el. Ez az epitheliumhenger fog a későbbiekben rekanalizálódni. A hibás rekanalizáció folytán előfordul, hogy egy aránylag vékony membránszerű képlet marad vissza, vagy hosszabb szakaszon is atresiás marad a duodenum. Az első esetben a reziduális diafragma lehet teljesen komplett (atreticus), vagy lehet iris formájú (centrumában egy kisebb perforációval), illetve fenesztrált (több pontszerű lyukkal). Ez utóbbi két elváltozás duodenumstenosist okoz.

Az *extrinsic* formában a duodenum inkomplett obstrukcióját szalagleszorítások, pancreas anulare, praeduodenalis vena portae okozhatja, továbbá volvulus colonmalrotatióval^{1, 2}.



3. ábra. Passzázsvizsgálat. A pars horizontalis duodeni és a descendens duodeni első harmada kifejezetten tág, a leszálló duodenum első és középső harmadának határán vékony, konstans, membránszerű (körülbelül 1-2 mm vastag) árnyékkiesés ábrázolódik



4. ábra. A vizsgálat megkezdése után 1,5 órával készült felvétel. A továbbiakban a passzázsvizsgálat nem mutatott kóros eltérést

A duodenum stenosisa, illetve atresiája gyakran társul más betegségekkel. A leggyakoribb a 21-es triszómia (30%), de 48%-ban találunk más congenitalis malformatiót (vitium, a béltraktus egyéb fejlődési rendellenességei stb.)¹.

A bél stenosisának diagnosztizálása általában nehezebb, mint az atresiáé, különösen újszülöttkorban, hiszen számos más betegség is okozhat hányást: infekciók, obstruktív uropathiák, intracranialis betegségek.

A natív, függesztett hasi röntgenfelvétel, illetve rossz állapotú újszülöttek esetén a fekvő helyzetű, de horizontális sugárral készített felvétel az esetek egy részében nem diagnosztikus értékű, ilyenkor segíthet a hasi ultrahangvizsgálat. Differenciáldiagnosztikailag a pylorusstenosis már az első életna-

pokban is előfordulhat; lehetnek külső obstrukciót okozó intraabdominalis cysták, hydronephrosis; fontos a volvulus kizárása is.

Diagnosztikailag a felszívódó, izoozmotikus kontrasztanyaggal történő passzázsvizsgálat tekinthető a gold standardnak, míg a natív röntgen- és az ultrahangvizsgálat nem mindig diagnosztikus értékű.

Az eset közlésével arra kívántuk ráirányítani a figyelmet, hogy a praestenoticus tágulat olyan fokú lehet, hogy a gyomortól nehéz elkülöníteni, és így álnegatív eredményt hozhat a passzázsvizsgálat. Másodsorban arra, hogy az újszülöttkori hányás hátterében a gastrointestinalis fejlődési rendellenességek között gondolni kell a patkóbél membránképződményére is.

Irodalom

1. Caffey's Pediatric Diagnostic Imaging. 10 Ed. Vol 1. Philadelphia: Mosby; 2004. p. 128-9.

2. Schuster W. Kinderradiologie. Springer; 1990. p. 441-7.